|  |  |
| --- | --- |
|  | PREFEITURA DE JUNDIAÍ |
| UGPS / DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE |
| **DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA** |
| Rua Mal. Deodoro da Fonseca, 964 Centro - Jundiaí/SP Tel.: 11 4589-6428  [**https://visa.jundiai.sp.gov.br**](https://visa.jundiai.sp.gov.br) |

|  |
| --- |
| **AUTODECLARAÇÃO DE CONFORMIDADE FÍSICO FUNCIONAL PARA ATIVIDADE DE VACINAÇÃO INSTALADA EM FARMÁCIAS E DROGARIAS** |

DECLARO:

1. Estar ciente da Resolução SS nº 199/2024 para a execução das atividades de vacinação;

2. Atender os requisitos sanitários determinados pela RDC nº 50/2002, suas atualizações ou outro instrumento legal que venha a substituí-la, para o serviço de vacinação, assim como as demais normas e legislações federais, estaduais e municipais relacionadas aos projetos de instalações e complementares necessários à boa execução da obra e funcionamento do estabelecimento e memorial descritivo;

3. Atender aos requisitos físico-funcionais previstos nos artigos 13 a 16 da Resolução SS nº 199/2024.

APRESENTO projeto arquitetônico simplificado e memorial descritivo conforme artigos

15 e 16 da Resolução SS nº 84/2023.

DECLARO, ainda, que as informações acima prestadas são verdadeiras e assumo a inteira responsabilidade por elas.

Jundiaí, \_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do Responsável Legal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do Responsável Técnico do estabelecimento